



SERVICE INSTANCES MÉDICALES
CONSEIL MÉDICAL DÉPARTEMENTAL DU CDG 13
FORMATION RESTREINTE

RAPPORT HIERARCHIQUE

L'AUTORITE TERRITORIALE

.....

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

☎ :

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame

Monsieur

NOM :

Prénom(s) :

NOM de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Nombre d'heures hebdomadaires :

Statut : Stagiaire

Titulaire

Agent non titulaire

Service : Grade :

Fonctions :

DATE ET HEURE DES FAITS CONSTATES

Date : àh.... min

Horaires de travail de l'agent :

Horaires normaux de :h... àh... (Matin) de :h.... àh.... (Après-midi)

Horaires exceptionnels de :h.... àh.... (Matin) de :h.... àh.... (Après-midi)

Par : L'autorité territoriale Responsable de service Témoins

LIEU

Sur le lieu de travail habituel

Sur un lieu de travail occasionnel

Lieu précis :

Les fonctions occupées par l'agent étaient-elles ?

Occasionnelles

Habituelles

CIRCONSTANCES DES FAITS

Circonstances précises et détaillées :

Comportement de l'agent (en raison de son état de santé), et qui le met dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions :

Si des mesures de prévention ont été prises au bon fonctionnement du service, précisez lesquelles :

DEROULEMENT DES FAITS

Avis motivé de l'Autorité Territoriale :

Fait à :

Le :

--	--	--	--

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale